

Turo Vasarainen

ERI HOITOMUOTOJEN VAIKUTTAVUUS PSYKIATRISISSA
SAIRAANHOIDOSSA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2010

ERI HOITOMUOTOJEN VAIKUTTAVUUS PSYKIATRISISSA SAIRAANHOIDOSSA

Vasarainen, Turo
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2010
Ohjaaja: Flinck, Marja, Lehtori, KT, psykoterapeutti
Sivumäärä: 37
Liitteitä: 12

Asiasanat: Psykiatrinen sairaalahoido, psykiatrinen kuntoutus, päihdehoitotyö

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia eri hoitomuotojen vaikuttavuutta psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tämänhetkistä psykiatrisen sairaanhoidon sisältöä Harjavallan sairaalan akuuttipsykiatrian avo-osastolla ja kartoittaa niitä tekijöitä, jotka potilaat kokivat vaikuttaneen keskeisesti heidän kuntoutumiseensa psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tutkimuksella pyritään myös kehittämään hoitoa niin, että se olisi mahdollisimman kuntouttavaa ja siten myös taloudellisesti kannattavaa.

Opinnäytetyö suoritettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin Harjavallan sairaalan akuuttipsykiatrian avo-osaston 42 kotiutuvilta potilailta. Aineistonkeruu tapahtui 30.11.2009- 15.2.2010 välisenä aikana. Kyselylomakkeita jaettiin 20 kappaletta, joista 19 palautui täytettynä. Vastausprosentti oli 95 %. Kyselylomake sisälsi strukturoituja kysymyksiä sekä yhden avoimen kysymyksen. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällön analyysin, sekä tilastojen käsittelyohjelmien avulla.

Vastaajista noin puolet oli miehiä ja noin puolet naisia. Vastaajat olivat iältään 20-69 vuotiaita ja heistä 15 oli ollut aikaisemmin psykiatrisella hoitojaksolla. Tämän tutkimuksen aikana potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli noin kuukausi.

Tutkimustulosten perusteella ilmeni, että akuuttipsykiatrian avo-osaston 42 kotiutuvat potilaat kokivat lääkehoidon keskeisimmäksi tekijäksi heidän kuntoutumisessaan. Yksilökeskeinen työskentely oli oleellista, joskin myös ryhmäterapeuttisilla menetelmillä oli merkitystä. Toiminnallisuuden puolesta merkitystä koettiin olleen työ ja liikuntaterapioilla. Avoimista vastauksista voidaan tulkita, että osa vastaajista toivoi yhdenmukaisia hoitometodeja hoitajilta sekä samoja sääntöjä kaikille hoidossa oleville.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa, kun psykiatrista sairaalahoidoa kehitetään. Potilaspalaute on omalta osaltaan tärkeää ja sen pohjalta voidaan hoidon sisältöä ja laatua kehittää edelleen..

THE AFFECT OF DIFFERENT METHODS OF TREATMENTS IN PSYCHIATRIC NURSING.

Vasarainen, Turo

Satakunta University of Applied Sciences

Health Care Studies

May 2010

Supervisor: Flinck, Marja, Senior Lecturer, EdD, Psychotherapist

Number of pages: 37

Appendices: 12

Key words: psychiatric nursing, psychiatric rehabilitation, the nursing care of intoxicant abusers

The purpose of this thesis was to inspect how different methods of treatments affect in psychiatric nursing. Purpose of this research was to clarify the current content of psychiatric nursing in Harjavalta hospital's acute psychiatric open-department and survey those factors which patients experienced being affected most in their rehabilitation in psychiatric hospital. This research also aimed to improve nursing in the way that it would be most rehabilitating and economically worthwhile.

A quantitative survey method was used in this thesis. The Material was gathered from Harjavalta hospital's acute psychiatric open-department 42 from patients who finished their treatment. The material of the survey was gathered between 30.11.2009-15.2.2010. Altogether 20 questionnaire were handed out, from which 19 was returned answered. The response rate was 95 %. The questionnaire contained structured questions and one open question. The material was analysed using content analysis and statistics programs.

Half of the respondents were men and half were women. Respondents were 20- 69 years old and fifteen of them had earlier had psychiatric treatment. During this survey patients average time of treatment was one month.

According to the research results patients who finished their treatment in department 42, felt that the most important method of treatment was medical treatment. Other often used and effective methods of treatment were conversations with personal nurse and doctor, group psychotherapy and individual psychotherapy. From functional methods of treatments working therapy and motion therapy were the most important. According to the open question answers patients were hoping similar methods of treatments from the nurses and same rules to all patients who are having treatment in the department.

The results of this research can be used in the future when psychiatric nursing is being developed. Patient feedback is important and based on that, it is possible to develop quality and content of the treatment.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3	PSYKIATRIA	7
3.1	Mielenterveydenhäiriöt.....	7
3.2	Psykiatrinen sairaalahoido	8
3.3	Psykiatrinen kuntoutus.....	9
3.4	Harjavallan sairaala osasto 42.....	9
4	PÄIHDEHOITOTYÖ.....	10
4.1	Päihteenkäyttäjä	11
4.2	Riippuvuus	12
5	PSYKIATRISET HOITOMUODOT	12
5.1	Fysiologisten voimavarojen auttamiskeinot	12
5.2	Psyykkisten voimavarojen auttamiskeinot.....	13
5.3	Sosiaalisten voimavarojen auttamiskeinot.....	14
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	15
6.1	Tutkimusmenetelmän kuvaus	15
6.2	Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusaineiston keruu.....	17
6.3	Tutkimusaineiston analysointi	17
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	18
7.1	Vastaajien taustatiedot	18
7.1.1	Sukupuoli- ja ikäjakauma.....	18
7.1.2	Koulutustaso.....	19
7.1.3	Hoitojakson kesto	19
7.1.4	Aikaisemmat hoidot psykiatrisessa sairaalassa.....	20
7.2	Osallistuminen hoitomuotoihin.....	20
7.2.1	Käytetyimmät hoitomuodot.....	20
7.3	Hoitomuodoista saatu apu kuntoutumisen kannalta	22
7.3.1	Terapiat.....	22
7.3.2	Keskustelut henkilöstön kanssa.....	24
7.3.3	Muut hoitomuodot.....	25
7.4	Hoitomuotojen auttava vaikutus	26
7.4.1	Keskustelut.....	27
7.4.2	Terapiat auttamismenetelminä	28
7.5	Hoidossa pitäisi mielestäni kuntoutumisen kannalta huomioida seuraavaa	29

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	32
9 TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	33
10 POHDINTA.....	34
LÄHTEET.....	36
LIITTEET	38

1 JOHDANTO

Vuonna 2007 psykiatriseen laitoshoidon hakeutui kaikkiaan 31 779 potilasta Suomessa. Potilaista noin 50 % oli miehiä ja noin 50 % naisia. Hoitoon lähetetyistä potilaista 32,9 % (10 447) tuli M1-lähetteellä, eli tahdosta riippumattomalla lähetteellä. Koko maan potilasmäärä suhteutettuna väestömäärään oli 6 joka tarkoittaa 6 potilasta/1000 asukasta kohden. (Stakes. 2008)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää psykiatrisen sairaanhoidon vaikuttavuutta kotiutuvien potilaiden arvioimana. Opinnäytetyön tutkimusaineisto on tarkoitus kerätä strukturoiduilla kyselylomakkeilla, joita lähetetään 20 kpl Harjavallan sairaalan akuuttipsykiatrian avo-osastolta 42 kotiutuville potilaille. Kyselylomakkeiden tulokset analysoidaan tilastonkäsittelyohjelmien Excelin ja Tixelin avulla. Lomake sisältää myös avoimen kysymyksen, joka analysoidaan sisällön analyysin avulla.

Aihe on varsin ajankohtainen, koska mielenterveyshäiriöt ovat 1990-luvulta alkaen aiheuttaneet eniten eläköitymistä ja pitkäaikaista työkyvyttömyyttä kaikista sairauksista suomalaisen väestön keskuudessa. Samaan aikaan psykiatristen sairaansijojen määrä on pudonnut Suomessa resurssileikkausten johdosta 12 300:sta tähänhetkiseen 6200 sairaansijaan (Seppälä, Metso & Kohvakka Lääkärilehti 2000;55(48):4975-4977). Opinnäytetyön aihe on saatu Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatriselta tulosalueelta ja on näin työelämälähtöinen. Tämän opinnäytetyön on tarkoitus valmistua keväällä 2010.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tämänhetkistä psykiatrisen sairaanhoidon sisältöä Harjavallan sairaalan akuuttipsykiatrian avo-osastolla ja kartoittaa niitä tekijöitä, jotka potilaat kokevat vaikuttaneen keskeisesti heidän kuntoutumiseensa psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena on myös auttaa omalta osaltaan hoitoa kehittämään potilaiden kannalta mahdollisimman kuntouttavaksi ja siten taloudellisesti kannattavaksi.

Opinnäytetyön tavoitteet:

- 1) Selvittää psykiatrisen sairaalahoidon keskeisiä sisältöjä akuuttipsykiatrian avo-osastolla.
- 2) Kartoittaa potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia eri hoitosisältöjen vaikuttavuudesta kuntoutukseen liittyen.
- 3) Kehittää psykiatrista sairaalahoitoa akuuttipsykiatrisella avo-osastolla potilaspa-lautteen pohjalta.

Keskeisiksi käsitteiksi tässä opinnäytetyössä näin ollen muodostuu psykiatrinen sairaalahoido, psykiatrinen kuntoutus ja päihdehoitotyö.

3 PSYKIATRIA

3.1 Mielenterveydenhäiriöt

Psykiatrialla tarkoitetaan lääketieteen erikoisalaa, joka tutkii ja hoitaa mielenterveyden häiriöitä. Mielenterveyden häiriö on yleinen nimike erilaisille psykiatrisille häiriöille. Näitä häiriöitä ovat muun muassa klassiset mielisairaudet eli psykoosit, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä päihdehäiriöt.

Tautiluokituksessa mielenterveyden häiriöt kuvataan kullekin häiriölle ominaisin kriteerein, jotka muodostuvat yleisimmistä oireista, häiriön kulusta ja siitä aiheutuvasta haitasta. Mielenterveyden häiriöille on ominaista toimintakyvyn menetys ja elämän laadun heikentyminen. Arkipäivään liittyvät tavalliset psyykkiset tilat ja reaktiot eivät ole mielenterveyden häiriöitä. (Lönngvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen, Partonen 2008, 14.)

3.2 Psykiatrinen sairaalahoito

Psykiatrisella sairaalahoidolla tarkoitetaan hoitoa, jota tarvitaan, kun avohoidon toimet ovat riittämättömät mielenterveyden häiriön aiheuttamien ongelmien hallitsemiseksi. Psykiatrasta sairaalahoitoa on olemassa erityyppistä sekä eri potilasryhmille tarkoitettua. Hoitoajat vaihtelevat lyhyistä kriisi- ja avohoidon tukihoidoista aina pitkiin kuntouttaviin hoitojaksoihin. (Pirkola, Sohlman 2005, 11.)

Akuutti psykiatrinen sairaalahoito tulee kyseeseen esimerkiksi, kun potilas on psykoottinen eli hänen todellisuudentajunsa on häiriintynyt sekä tilanteeseen liittyy ilmeinen väkivallan uhka. Tällöin potilaan psykoosiin liittyy yleensä sairaudentunnottomuutta ja potilaalla saattaa olla vakava itsemurhavaara tai potilaalla on delirium eli sekavuustila. (Achté, Tamminen 1997, 246-247.) (Lönngvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen, Partonen 2008, 846, 852.)

Psykiatristen sairaaloiden resurssileikkauksista johtuvien sairaansijojen väheneminen on puhuttanut suuresti. Tilalle suunnitellun avohoidon kehittämistä on pidetty riittämättömänä ja muun muassa skitsofrenia potilaiden on epäilty kärsivän siitä, että he eivät saa riittävästi hoitoa tai jäävät jopa heitteille. (Seppälä, Metso & Kohvakka Lääkärilehti 2000;55(48):4975-4977)

Lappeenrannan mielenterveyskeskuksen ja terveyskeskuksen tiedossa oleville 339 skitsofreniapotilaille tehtiin kyselytutkimus 1999 - 2000 välisenä aikana, jossa kyseltiin henkilön toimintakyvystä, elämänlaadusta sekä voinnista ja selviytymisestä. Tutkimuksen tuloksista kävi kuitenkin ilmi, että skitsofreniapotilaat eivät olleet heitteillä psykiatristen resurssien leikkauksista huolimatta. Potilaiden oman arvioin ja tutkijoi-

den mukaan heidän tilanteensa oli vähintään tyydyttävä (Seppälä, Metso & Kohvakka Lääkärilehti 2000;55(48):4975-4977).

3.3 Psykiatrinen kuntoutus

Psykiatrisista syistä aiheutuva kuntoutuksen tarve sekä työkyvyttömyys ja ovat lisääntymässä. Kelan tietokannan mukaan Suomessa vuonna 2003 mielenterveyden häiriöiden osuus kaikista uusista työttömyyseläkkeistä oli n. 43 %. Työkyvyttömyysuhka suuntautuu suurimmaksi osaksi nuoriin ikäluokkiin. (Lönngvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen, Partonen 2008, 821.)

Psykiatrisella kuntoutuksella tarkoitetaan henkilön työ- ja toimintakyvyn ylläpitämistä sekä parantamista. Psykiatriassa kuntoutuksen ja hoidon erottaminen voi olla vaikeaa, johtuen sen päällekkäisyydestä. Oireiden lievittyminen hoidossa ei välttämättä tarkoita sitä, että työ- ja toimintakyky paranisi samanaikaisesti. (Achté, Tamminen 1997, 262.)

Psykiatrisen kuntoutuksen kolme isoa osa-aluetta ovat: psykoosit, ahdistuneisuus- ja masennushäiriöt sekä persoonallisuushäiriöt ja addiktiot. (Lönngvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen, Partonen 2008, 820-821.)

3.4 Harjavallan sairaala osasto 42

Harjavallan sairaalan osasto 42 on 15-paikkainen akuuttipsykiatrian avo-osasto, jonne tullaan hoitoon lääkärin läheteellä. Osastolla hoidetaan vapaaehtoiseen hoitoon hakeutuvia sekä suljetuilta vastaanotto-osastoilta jatkohoitoon siirtyviä potilaita. Osastolla hoidetaan myös osastohoitoa tarvitsevat huumekorvaushoitojen aloitukset, vaikeat päihdevieroitukset, sekä raskaana olevat huumeidenkäyttäjät. Osasto toimii yhteistyössä muiden akuuttipsykiatrian vastuuyksikön osastojen sekä päihdepsykiatrisen poliklinikan kanssa. (Satakunnan sairaanhoitopiiri)

Osastolla tapahtuva hoito perustuu yksilölliseen moni ammatilliseen hoidonsuunnitelmaan ja omahoitajasuhteeseen. Hoidossa tavoitellaan vapaaehtoisuutta ja pakkokeinojen välttämistä turvallisten vuorovaikutussuhteiden ja selkeiden toimintamallien avulla. Osaston tavoitteena on antaa turvallista ja hyvää hoitoa, johon päästään noudattamalla osaston laatimia sääntöjä. Päähteettömyys ja sen valvominen, lääkeshoidon noudattaminen, rauhan ja järjestyksen säilyttäminen ovat keskeisiä osaston sääntöjä.

Hoitoon tuleville päihdepotilaille pyritään esittelemään jo ennen hoitoon tuloa sitova hoitosopimus, jota tulee noudattaa hoitojakson aikana. Osastohoidon aikana suunnitellaan jatkohoito, johon ollaan yhteydessä sairaalajakson aikana, jotta turvataan hoidon jatkuvuus potilaan kotiuduttua. Jatkohoidon toteutumisen vastuun on kuitenkin suurimmaksi osaksi potilaalla itsellä. (Satakunnan sairaanhoitopiiri)

4 PÄIHDEHOITOTYÖ

Päihdehoitotyö on yksi hoitotyön osa-alueista, jossa hoitotyön menetelmin pyritään päihdeiden käytön ehkäisemiseen ja vähentämiseen. Näin pyritään samaan aikaan sekä edistämään terveyttä että vähentämään päihdeiden käyttöä ja niistä aiheutuvia haittoja. Päihdehoitotyöllä tarkoitetaan myös päihdeongelmaisen ja hänen läheistensä hoitoa ja kuntoutusta. Päihdehoitotyön lähtökohtana on oman ja läheisten päihdeongelman ja sen merkityksen tiedostaminen. (Inkinen, Partanen, & Sutinen 2000, 12, 29.)

Carperin (1999) mukaan päihdehoitotyössä tarvittava tietopohja jäsennellään eri tiedon alueiden mukaan neljään alueeseen.

1. *Empiirinen* tietäminen, joka muodostuu hoitotieteen ja toisten tieteenalojen synnyttämästä tieteellisestä ja kokemuksellisesta tiedosta.

2. *Esteettinen* tietäminen pitää sisällään näkemyksen hoitotyöstä ja hoitamisesta hoitamisen taitona, joka omaa rikkaan, moninaisen taitotietoperustan, kulttuurin sekä historian.
3. *Henkilökohtainen* tietäminen on tietoa, joka liittyy sairaanhoitajan itsetuntemukseen. Päihdehoitotyössä henkilökohtainen tieto näkyy siinä, miten sairaanhoitaja on kykenevä käyttämään omaa itseään ja persoonaansa työvälineenä kohdatessaan päihteenkäyttäjän.
4. *Eettinen* tietäminen tarkoitetaan arvoihin ja etiikkaan liittyvää tietoisuutta. Yleiset tavoitteet, säännöt, toimintaohjeet sekä lait ohjaavat eettistä tietämistä. (Inkinen, Partanen, & Sutinen 2000, 16-19.)

4.1 Päihteenkäyttäjä

Inkinen, Partanen & Sutinen (2000, 12) määrittelevät päihteenkäyttäjän seuraavalla tavalla: Päihteenkäyttäjä on henkilö, joka käyttää päihteitä satunnaisesti, säännöllisesti tai ongelmallisesti. Onkin ominaista, että jokaisella päihteiden käyttäjällä on aina omat motiivinsa päihteiden käyttöön.

Monilla tekijöillä on vaikutusta siihen, että muuttuuko ihmisen kohtuullinen alkoholinkulutus alkoholiriippuvuudeksi tai satunnainen huumekeilu huumeriippuvuudeksi. Pakonomainen tarve saada päihdettä jatkuvasti tai ajoittain on merkki päihderiippuvuudesta. Tällöin henkilö ei hallitse enää suhdettaan riippuvuuden kohteeseen.

Päihteiden käyttö ei aiheuta pelkästään sosiaalisia ongelmia vaan myös altistaa somaattisille haitoille. Päihderiippuvuus ja mielenterveyshäiriöt esiintyvät monesti ihmisellä samanaikaisesti. Päihteitä käyttämällä henkilö lievittää psyykkistä oireilua, esimerkiksi pelkotiloja, tunne-elämään liittyviä häiriöitä, mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä. Päihteiden käyttö psyykkisten oireiden lieventämiseen altistaa taas päihderiippuvuuden kehittymiselle. (Hölttä Sairaanhoitajalehti 2007;6-7(48).

4.2 Riippuvuus

Päihderiippuvuutta voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista. *Fyysisessä* riippuvuudessa elimistö on tottunut pähteeseen niin, että ilman päihdettä tulee eriasteisia elintoimintojen häiriöitä, jotka näkyvät vieroitusoireina. *Psyykkisessä* riippuvuudessa käyttäjä kokee päihteen ja siitä syntyvän vaikutuksen hyvinvoinnilleen pakolliseksi. *Sosiaalinen* riippuvuus tarkoittaa, että ihminen kiinnittyy sellaiseen sosiaaliseen verkostoon, jossa päihteen käyttö on tavallista. Sen sijaan psykiatrisen näkemyksen mukaan päihderiippuvuus on persoonallisuushäiriö, yksi psykiatrisista sairauksista. (Inkinen, Partanen, & Sutinen 2000, 12, 31.)

5 PSYKIATRISET HOITOMUODOT

5.1 Fysiologisten voimavarojen auttamiskeinot

Lääkehoito on tärkeä keino lievittää potilaan oireita, parantaa vointia sekä toimintakykyä. Vakavissa mielenterveyden häiriöissä lääkehoidon osuus on keskeinen. Lääkehoidosta päätetään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Lääkäri valitsee potilaalle sopivan lääkkeen sopivilla annoksilla sekä seuraa lääkkeen vaikutuksia. (Lönngvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen, Partonen 2008, 642, 732-733.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan vieroitushoito on opioidiriippuvaisen päihteettömyyteen tähtäävää hoitoa, jossa käytetään buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita apuna. Vieroitushoito kestää korkeintaan kuukauden. Korvaushoidossa käytetään myös buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita ja sillä pyritään joko kuntouttamiseen ja päihteettömyyteen, tai haittojen vähentämiseen ja potilaan elämän laadun parantamiseen. Korvaushoito kestää yli kuukauden ja korvaushoidon aloittaminen metadonilla ja buprenorfiinilla edellyttää, että henkilö on saanut aikaisemmin vieroitushoitoa, joka ei ole johtanut toivottuun lopputulokseen. (Salaspuro, Kiiamaa, Seppä 2003, 88-89.)

Sähköhoito, ECT (electroconvulsive therapy), on nukutuksen aikana kalloon johdettu sähkövirta. Hoidolla pyritään aiheuttamaan potilaalle kouristuskohtaus, jonka on todettu olevan tehokas kestäessään 25-150 sekuntia. Sähköhoitoa pidetään tehokaimpana hoitomuotona sellaisissa masennustiloissa, joissa potilaalla on mielialan mukaisia harhaluuloja, pakonomaisia itsemurha-ajatuksia tai psykoottisia oireita. Muissa tapauksissa, joissa hoitomenetelmien hoitovaste ei ole riittävä tai potilaan vointi heikkenee, voidaan myös harkita sähköhoitoa. (Lönngvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen, Partonen 2008, 642, 732-733.)

Akupunktiohoidon vaikutuksia ovat muun muassa verenkierron vilkastuminen, kipujen lieventyminen ja endorfiinin vapautuminen. Hoito lieventää stressiä ja jännitystä sekä auttaa rentoutumaan ja nostaa itsetuntoa. Akupunktiota annetaan yhdessä muun terapian kanssa. (Inkinen, Partanen & Sutinen, 2000, 220-221.)

Fysioterapia koostuu fysioterapeuttisista tutkimuksista, fysikaalisista hidoista, liike- ja liikuntahoidosta sekä neuvonnasta ja ohjauksesta. Fysioterapiaa on mahdollista antaa yksilö- tai ryhmäterapiana. (Kallanranta, Rissanen & Vilkkumaa 2001, 519.)

5.2 Psyykkisten voimavarojen auttamiskeinot

Enemmistö Suomessa annettavista psykoterapioista on peräisin Sigmund Freudin (1856-1939) kehittämästä psykoanalyysin teoriasta. Psykoanalyysin sisältää monia erilaisia suuntauksia, joita kaikkia voidaan nimittää psykodynaamisiksi psykoterapioiksi. Psykoterapiaa voivat antaa vain tähän erityiskoulutuksen saaneet henkilöt.

Yksilöterapiassa potilasta rohkaistaan pukemaan sanoiksi omia ajatuksia, tunteita ja toiveita. Terapeutti voi olla kuuntelijana tilanteessa tai tilanteessa voidaan keskustella. (Tikkanen 1998, 19, 56-57) Potilas ja terapeutti muodostavat luottamuksellisen ja tutkiskelevan yhteistyösuhteen, jossa pyritään potilaan kärsimysten lievittämiseen ja hänen tilan paranemiseen. (Achté, Alanen & Tienari, 1991, 107-108.)

Ryhmäpsykoterapiassa katsotaan ihmisen psyykkisten ongelmien alkavan usein suhteessa toisiin ihmisiin. Ryhmäpsykoterapian parantava vaikutus on siinä, että

ryhmä ei hylkää, vaikka yksilö käyttäytyisi huonosti. Ryhmässä henkilö voi helposti kokeilla uudenlaista käyttäytymistä sekä harjaannuttaa sosiaalisia taitojaan.

Perheterapissa vuorovaikutustaitojen harjoittelemisen ohella pyritään lujittamaan perheen uskoa ja ylpeyttä itseensä. Perheessä jokainen jäsen vaikuttaa kokonaisuuteen eli yhden perheenjäsenen oireillessa ei riitä, että pelkästään oireileva hoidetaan vaan on tärkeää, että koko perhe tulee terapiaan. (Tikkanen 1998, 105, 113.)

Musiikkiterapiassa pyritään musiikkia kuuntelemalla ja tekemällä luomaan kontakteja. Musiikissa äänen värähtely vaikuttaa kehoon ja muun muassa pulssin ja verenpaineen on huomattu seuraavan musiikin vaihteluita. Musiikki myös rauhoittaa, vilpitsee, lohduttaa sekä antaa mielihyvää. Musiikin avulla on mahdollista löytää myös omaa tunnetilaa vastaavia rytmejä.

Kuvataideterapiassa tuntemuksia kuvaillaan maalaamisen, piirtämisen tai rakentamisen avulla. Kuvataideterapia tehdään sekä yksilö- että ryhmäterapiana. (Tikkanen 1998, 136, 146.)

Liikuntaterapiaa on mahdollista toteuttaa joko yksilö- tai ryhmäterapiana. Liikunnan avulla autetaan lisäämään fyysistä ja psyykkistä itsensä tuntemista sekä ylläpidetään tai lisätään liikunnallista aktiivisuutta. Syntyvät vuorovaikutustilanteet yritetään käyttää terapeuttisesti hyväksi. (Achte ym. 1990, 194.)

Omahoitajamenetelmä tarkoittaa sitä, että potilaalla on oma nimetty hoitaja laitoksessa, joka on potilaan hoidossa hänen luottamushenkilönsä. Omahoitajan ja potilaan tulevat olla hyvässä yhteisymmärryksessä toistensa kanssa. Omahoitaja ja potilas säännöllisesti keskustelevat kahden kesken, jotka usein kehittyvät psykoterapeuttisiksi vuorovaikutussuhteiksi (Achte ym. 1990, 191.)

5.3 Sosiaalisten voimavarojen auttamiskeinot

Sosiaalityö pyrkii tukemaan potilaan persoonallisuuden normaaleja toimintoja. Potilaalla voi olla sosiaalisia, taloudellisia, psykologisia ja ympäristöön kytkeytyviä on-

gelmia, joihin sosiaalityöntekijä yrittää etsiä erilaisia ratkaisuja. Sosiaalityöntekijällä on kuntoutuksessa ja työhön sijoituksen edistämisessä keskeisiä tehtäviä, lisäksi sosiaalityöntekijä on monesti mukana erilaisissa ryhmä ja perhetapaamisissa. Sosiaalityössä on yksilö-, ryhmä- ja yhteiskuntatyön menetelmiä auttaa potilasta. (Achte ym. 1990, 189-190.)

Toimintaterapia auttaa potilasta tulemaan tietoiseksi suorituskyvystään ja rajoistaan. Toimintaterapiaryhmässä opitaan erilaisia vuorovaikutustilanteita sekä tiettyjä sosiaalisia sääntöjä. Toimintaterapian avulla voidaan arvioida kokonaisvaltaista toimintakykyä, jonka avulla pystytään valitsemaan ne menetelmät, jolla saadaan suorituskkyä palautettua, ylläpidettyä ja vahvistettua. Potilaalle annetaan tietoa ja taitoa miten sopeutua ja toimia sairauden häntä rajoittaessa. *Työterapiassa* potilaat osallistuvat kykyjensä mukaan sairaalassa ja laitoksissa oleviin erilaisiin työtehtäviin (Achte ym. 1990, 433-434, 435-436.)

Kerhotoimintaa suositellaan potilaille, joille kontaktien luominen toisiin on vaikeaa tai joilla ei ole yhtään harrastuksia. Kerhotoiminta luo yhteyksiä toisiin sekä tarjoaa mahdollisesti hoidollisiin kuntoutumispäämääriin tähtäävää toimintaa. Kerhot voivat järjestää erilaista toimintaa, ohjelmaa ja retkiä. (Achte ym. 1990, 424-425.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus

Tutkimusmenetelmän valintaa ohjaa yleensä se keneltä ja minkälaista tietoa halutaan saada ja miten havainnot on tarkoitus kerätä (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 178-179.) Tämän tutkimuksen toteuttamistavaksi valittiin määrällinen eli kvantitatiivinen menetelmä, jolle tyypillistä on aikaisempien teorioiden ja tutkimusten johtopäätösten selvittäminen, sekä käsitteiden määrittely. Tärkeintä kvantitatiivista tutkimusta tehtäessä on, että havaintoaineisto saadaan mitattua numeerisesti, tutkittavasta

perusjoukosta saadaan pätevä otos, sekä tulokset pystytään käsittelemään tilastollisesti ja havainnollistettua taulukoiden avulla. (Hirsjärvi ym. 2007, 136.)

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä, joka on survey-tutkimuksen keskeinen menetelmä. Tällä tarkoitetaan sitä, että kohdehenkilöt muodostavat otoksen tutkittavasta perusjoukosta ja aineisto kerätään standardoidusti eli kaikilta vastaajilta samalla tavalla. Kyselytutkimus antaa mahdollisuuden kerätä tietoa suurelta joukolta. Aineiston analysointi tapahtuu tietokoneen tilastojenkäsittelyohjelman avulla, joka nopeuttaa ja helpottaa tutkijan työtä. Tutkimuksen haittapuolella on se, että jos vastaajat eivät ymmärrä kysymystä oikein tai osoittavat välinpitämättömyyttä tutkimusta kohtaan kyselyyn vastattaessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 188-190.)

Kyselylomake laadittiin esille nousseiden tutkimusongelmien sekä teorian pohjalta. Lomaketta suunniteltaessa oltiin myös yhteydessä yhteistyöorganisaatioon. Kyselylomakkeessa oli strukturoituja kysymyksiä sekä yksi avoin kysymys.

Kyselyn alussa kartoitettiin taustatietoja viidellä ensimmäisellä kysymyksellä. Strukturoiduissa kysymyksissä kyselylomakkeen kohdassa 2.1 tiedusteltiin vastaajan osallistumisaktiivisuutta eri terapioihin, keskusteluihin sekä muihin hoitomuotoihin. Vastaaja valitsi vastauksensa valmiista vaihtoehtoista, jotka olivat: ei kertaakaan, 1-2 kertaa, 3-4 kertaa, 5-6 kertaa sekä yli 6 kertaa. Kohdassa 2.2 pyydettiin vastaajia arvioimaan edellä mainittujen terapioiden, keskustelujen sekä muiden hoitomuotojen vaikutusta kuntoutumisen kannalta. Vastausvaihtoehtoina olivat: ei merkitystä, vähän merkitystä, en osaa sanoa, melko paljon merkitystä ja paljon merkitystä.

Kyselylomakkeen seuraavassa kohdassa (2.3) kysyttiin vastaajilta miten seuraavat hoitomuodot auttoivat kuntoutumaan. Valmiina vastausvaihtoehtona oli viisi väittämää, joista vastaajat valitsivat sopivat vaihtoehdot, jotka olivat: rauhoitti mieltä, auttoi nukkumaan, auttoi pohtimaan, auttoi perhettä sekä auttoi kotiutumaan. Viimeinen kohta kyselylomakkeessa oli avoin kysymys, jossa vastaaja sai kirjoittaa mitä hänen mielestään hoidossa pitäisi kuntoutumisen kannalta jatkossa huomioida.

Kyselylomakkeen sisältöä käytiin lävitse yhteistyökumppanin kanssa puhelimitse, jolla varmisteltiin kyselylomakkeen rakennetta, jotta saatiin mahdollisimman toimiva ja luotettava kyselylomake. Esitestausta ennen varsinaista aineistonkeruuta ei tehty.

6.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusaineiston keruu

Kohderyhmänä olivat Harjavallan sairaalan akuuttipsykiatrian avo-osastolta 42 kotiutuvat potilaat. Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla. Kysely osastolla alkoi marraskuun lopulla 2009 ja loppui helmikuussa 2010.

Lokakuussa 2009 lähetettiin tutkimussuunnitelma kyselylomakkeineen Satakunnan sairaanhoitopiiriin eettiseen toimikuntaan arvioitavaksi, josta tuli puolto tutkimuksen toteuttamiselle. Tämän jälkeen anottiin tutkimuslupaa Harjavallan sairaalan puolelta, josta tuli hyväksyntä tutkimuksen aloittamiseksi. Kyselylomakkeet toimitettiin tämän jälkeen osastolla, jossa vielä sovittiin käytännön menetelmistä.

Hoitohenkilökunta antoi kotiutuville potilaille kotiutumispäivänä kyselylomakkeen, johon potilaat saivat halutessaan vastata, jonka jälkeen kyselylomakkeet suljettiin kirjekuoriin ja palautettiin osaston kansliaan. Kyselylomakkeita ehdittiin jakaa 20 kappaletta ja niistä palautettiin täytettynä 19 kappaletta (N=19). Tällöin vastausprosentiksi tuli 95.

6.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineiston strukturoidut kysymykset analysoitiin tilastonkäsittelyohjelmien Excelin ja Tixelin avulla. Tutkimusaineisto syötettiin tutkimusaineiston ohjelmiin, josta saatiin purettua vastaukset sanalliseen muotoon sekä taulukoihin (kuviot 1-6) ja taulukot (1-6).

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

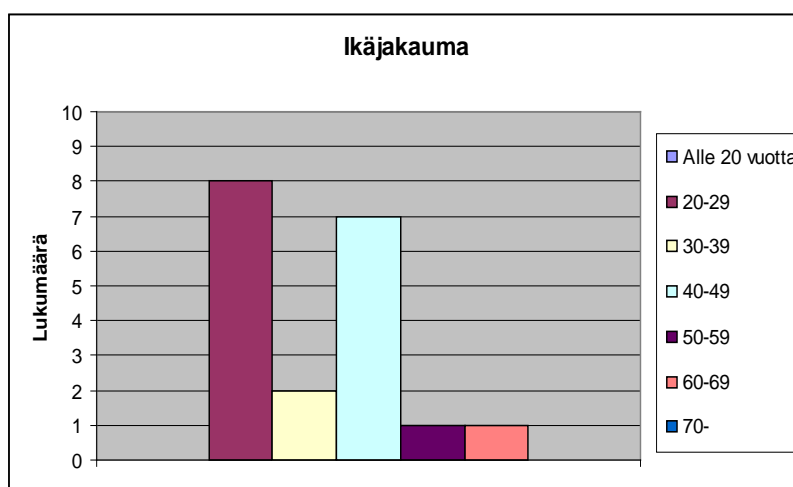
7.1 Vastaajien taustatiedot

7.1.1 Sukupuoli- ja ikäjakauma

Tutkimukseni kyselyyn vastasi 19 henkilöä, joista miehiä oli 10 ja naisia yhdeksän (Kuvio1). Vastaajat olivat iältään 20- 69 vuotiaita. Kahdeksan vastaajaa oli 20- 29 vuotiaita, 30- 39 vuotiaita oli kaksi ja 40- 49 vuotiaita oli seitsemän. Sekä 50- 59, että 60- 69 vuotiaita oli molempia yksi (Kuvio 2).



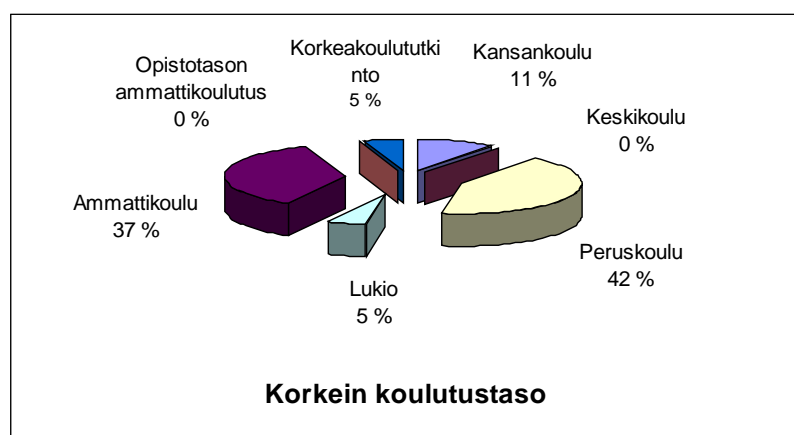
Kuvio 1. Sukupuoli



Kuvio 2. Ikäjakauma

7.1.2 Koulutustaso

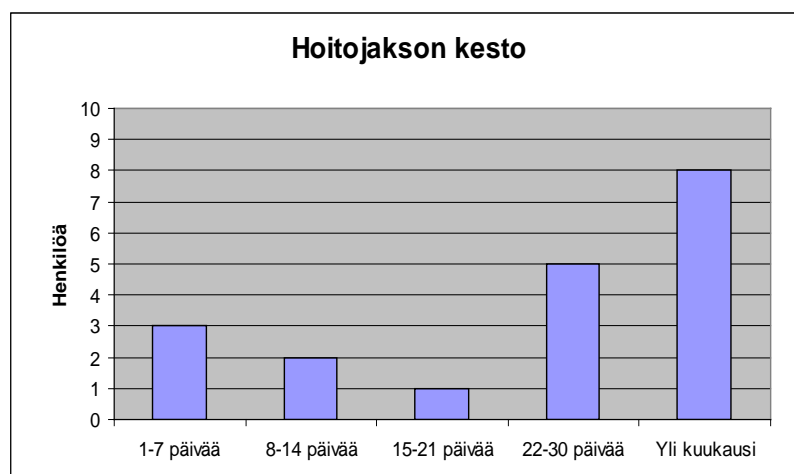
Korkeinta koulutustasoa kysyttäessä vastaajista (N=19) enemmistö oli käynyt joko peruskoulun (kahdeksan) tai ammattikoulun (seitsemän). Kansankoulun oli käynyt kaksi vastaajista, kun taas lukion ja korkeakoulututkinnon suorittaneita oli molempia yksi (Kuvio 3).



Kuvio 3. Koulutustaso

7.1.3 Hoitojakson kesto

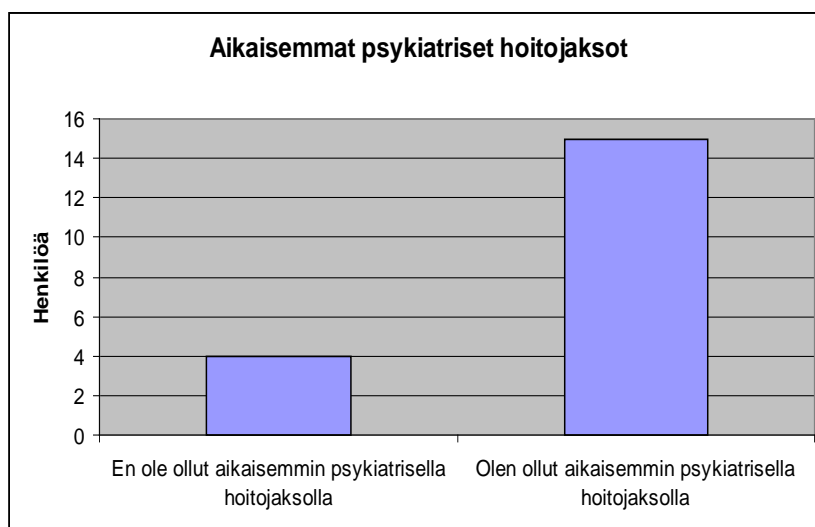
Hoitojakson kesto vaihteli muutamasta päivästä yli kuukauteen. Kahdeksan henkilöä vastasi hoitojaksonsa kestäneen yli kuukauden, viidellä vastaajalla hoito kesti 22- 30 päivää ja kolmella 1- 7 päivää. Kaksi vastasi olleensa 8- 14 päivää ja yksi 15- 21 päivää hoidossa (Kuvio 4).



Kuvio 4. Hoitojakson kesto

7.1.4 Aikaisemmat hoidot psykiatrisessa sairaalassa

Aikaisemmin psykiatrisella hoitojaksolla vastaajista oli ollut 15 henkilöä. Neljä vastaajaa oli ensimmäistä kertaa. (Kuvio 5).



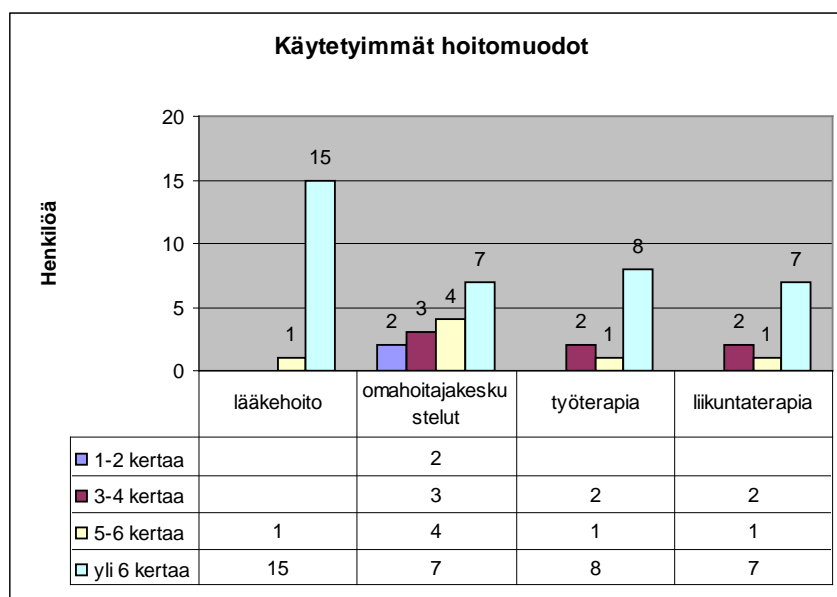
Kuvio 5. Aikaisemmat psykiatriset hoitojaksot

7.2 Osallistuminen hoitomuotoihin

7.2.1 Käytetyimmät hoitomuodot

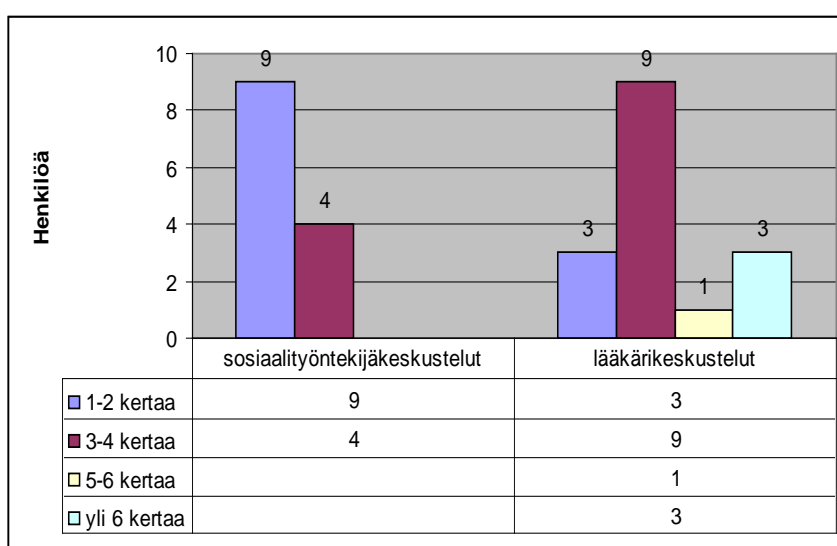
Eniten käytetty hoitomuoto osastolla oli **lääkehoito**, johon osallistui 16 vastaajaa (N = 19). Vastaajista 15 kertoi osallistuneensa lääkehoitoon yli 6 kertaa hoitojaksonsa aikana ja yksi 5- 6 kertaa. Toiseksi eniten käytetty hoitomuoto oli **omahoitajakeskustelut**, joihin seitsemän vastaajaa osallistui yli 6 kertaa hoitojakson aikana. Neljä vastaajaa kertoi osallistuneen omahoitajakeskusteluihin 5- 6 kertaa, kolme vastaajaa 3- 4 kertaa hoitojakson aikana ja kaksi vastaajaa vain 1- 2 kertaa (Kuvio 6).

Muita usein käytettyjä hoitomuotoja olivat muun muassa **työterapia** ja **liikuntaterapia**. Kahdeksan vastaajaa kertoi osallistuneensa työterapiaan yli 6 kertaa kun taas liikuntaterapiaan yli 6 kertaa hoitojakson aikana osallistui seitsemän vastaajaa.



Kuvio 6. Käytetyimmät hoitomuodot

Keskusteluista **lääkärikeskustelut** sekä **sosiaalityöntekijäkeskustelut** olivat käytetyimmät. Vastaajista kolme kertoi osallistuneen lääkärikeskusteluihin yli 6 kertaa kun taas 9 vastaajaa kertoi osallistuneen 3- 4 kertaa. Sosiaalityöntekijäkeskusteluun vastaajista neljä osallistui 3- 4 kertaa ja 9 1- 2 kertaa.



Kuvio 6.1 Käytetyimmät hoitomuodot

7.3 Hoitomuodoista saatu apu kuntoutumisen kannalta

7.3.1 Terapiat

Yksilöterapian hyödystä kysyttäessä neljä vastaajaa ($n = 13$) kertoi yksilöterapian merkinneen joko paljon tai melko paljon kuntoutumisessa. Kolme muuta vastaajaa ei osannut arvioida oliko saanut apua yksilöterapiasta, kun taas yksi vastaaja piti saatua apua vähäisenä. Loput viisi vastaajaa ei kokenut saaneensa apua kyseisestä hoitomuodosta.

Ryhmäterapiasta saatu apu koettiin viiden vastaajan ($n=14$) toimesta merkitykselliseksi. Kaksi koki, että ryhmäterapialla oli vähän merkitystä, kolme vastaajaa ei osannut sanoa, ja neljä taas arvioi hyödyn melko suureksi.

Perheterapiaa ei ollut osastolla hoitomuotona. Enemmistö vastaajista on vastannut, että ei saanut siitä apua. Kaksi vastaajista ($n = 12$) on vastannut, ettei osaa arvioida saiko siitä apua, kun taas toiset kaksi kertoo sen avun olleen melko suuri. Se, että kyseistä hoitomuotoa ei ollut osastolla, ja siitä huolimatta se oli mukana kyselylomakkeessa, ja muutamat vastasivat sen auttaneen kuntoutuksessa, heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Jotkut ovat mahdollisesti voineet rinnastaa perheterapian perhetapaamiseen, jonka vuoksi ovat vastanneet sen auttaneen kuntoutuksessa.

Musiikkiterapia koettiin enemmistön mielestä merkityksellisenä kuntoutumisen kannalta. 9 vastasi ($n = 14$) kokeneensa musiikkiterapian merkityksellisenä hoitomuotona. Vain kaksi vastaajaa arvioi, että musiikkiterapiasta oli joko melko paljon tai paljon merkitystä kuntoutumisen kannalta.

Kuvataideterapiasta saatu hyöty koettiin myös kovin vähäiseksi. Kahdeksan vastaajaa ($n=11$) piti hoitomuotoa merkityksellisenä kuntoutumista ajatellen ja ainoastaan yksi arvioi, että kuvataideterapialla oli vähän merkitystä. Kaksi vastaajaa ei osannut sanoa, oliko saanut apua kuvataideterapiasta. Toimintaterapia jakoi mielipiteitä. Va-

jaa puolet (n=10) vastasi, että ei saanut apua toimintaterapiasta, neljä muuta ei osannut sanoa, kun taas kaksi vastaajaa koki avun melko suureksi.

Yksi vastaajista (n = 14) koki **työterapian** merkityksen suureksi kuntoutumisen kannalta ja neljä muuta kohtalaisen suureksi. Vastaavasti taas neljä ei arvioinut siitä olevan hyötyä ja kolme kertoi sen merkityksen olleen vähäinen. Kaksi vastaajaa ei osannut arvioida saiko apua työterapiasta.

Toimintaterapiasta ei ollut apua neljälle vastaajalle (n = 10). Toiset neljä taas ei osannut arvioida oliko saanut apua toimintaterapiasta, kun taas kaksi vastaajaa vastasi toimintaterapian merkinneen melko paljon.

Kysyttäessä hoitomuodoista saatua apua potilaiden kokemana viisi vastaajaa (n = 13) totesi, että **liikuntaterapiasta** saatu hyöty kuntoutukseen liittyen oli suuri tai melko suuri. Kolme henkilöä vastasi, ettei osaa sanoa, yksi koki liikuntaterapian avun vähäiseksi, kun taas neljä piti liikuntaterapiaa vaikutusta merkityksettömänä (Taulukko 1).

Taulukko 1. Terapioista saatu apu kuntoutumisen kannalta

	ei merkitystä	vähän merkitystä	en osaa sanoa	melko paljon merkitystä	paljon merkitystä
yksilöterapia (n=13)	5	1	3	2	2
ryhmäterapia (n=14)	5	2	3	4	
perheterapia (n=12)	7	1	2	2	
musiikkiterapia (n=14)	9	1	2	1	1
kuvataideterapia (n=11)	8	1	2		
työterapia (n=14)	4	3	2	4	1
toimintaterapia (n=10)	4		4	2	
liikuntaterapia (n=13)	4	1	3	2	3

7.3.2 Keskustelut henkilöstön kanssa

Omahoitajakeskustelut koettiin hyvinkin kuntouttavina. Vastaajista (n = 17) 13 arvioi omahoitajakeskustelujen merkityksen suureksi tai melko suureksi kuntoutusta ajatellen. Kaksi ei osannut sanoa ja kaksi muuta arvioi merkityksen vähäiseksi.

Sosiaalityöntekijäkeskusteluilla oli myös kuntouttavaa vaikutusta. Noin puolet vastaajista (n=15) koki, että keskusteluilla oli joko melko paljon merkitystä tai paljon merkitystä kuntoutumisen kannalta. Neljä vastaajaa arvioi sosiaalityöntekijäkeskustelujen merkityksen vähäiseksi, kaksi ei kokenut saaneensa siitä hyötyä ja yksi ei osannut arvioida saiko apua kyseisestä hoitomuodosta.

Lääkärikeskustelut olivat myös suosittuja ja hyödyllisiä. Vastaajista (n = 17) 11 kertoi näiden keskustelujen merkinneen itselleen melko paljon tai paljon. Kaksi henkilöä koki, ettei lääkärikeskusteluilla ollut juurikaan merkitystä, kun taas neljä vastaajista ei osannut arvioida saiko hyötyä kuntoutumiseensa.

Perhetapaamisten hyöty kuntoutumisen kannalta oli melko pieni. Kahdeksan (n=11) vastasi, että tapaamisilla ei ollut merkitystä, tai, että merkitys oli vähäinen. Kolme vastaajista ei osannut sanoa, oliko hyötynyt tapaamisista. Kaksi vastasi perhetapaamisen merkinneen joko melko paljon tai paljon.

Ryhmätapaamiset koettiin kuntoutumisen kannalta merkityksettömäksi kuuden vastaajan (n=11) toimesta. Kolme vastaajaa ei osannut sanoa, kun taas kaksi vastaajaa koki ryhmätapaamisten merkityksen melko suureksi. (Taulukko 2).

Taulukko 2. Keskusteluista saatu apu kuntoutumisen kannalta

	ei merkitystä	vähän merkitystä	en osaa sanoa	melko paljon merkitystä	paljon merkitystä
omahoitajakeskustelut (n=17)		2	2	6	7
sosiaalityöntekijäkeskustelut (n=15)	2	4	1	4	4
lääkärikeskustelut (n=17)	1	1	4	5	6
psykiatrikeskustelut (n=12)	7			3	2
perhetapaamiset (n=11)	6	2	1	1	1
ryhmätapaamiset (n=11)	6		3	2	

7.3.3 Muut hoitomuodot

Lääkehoito oli yksi keskeisimmistä hoitomuodoista. Vastaajista (n=19) 18 arvioi lääkehoidon merkityksen hyvin suureksi tai melko suureksi. Yksi vastaajista ei osannut sanoa, oliko lääkehoidosta ollut hänelle hyötyä.

Sähköhoidon tehokkuus kuntoutumisen kannalta oli heikko. 10 vastaajaa (n=11) koki sen merkityksettömänä ja yksi vastaaja ei osannut sanoa, saiko siitä hyötyä.

Fysioterapian hyöty koettiin myös vähäiseksi. Yhdeksän vastaajaa (n=13) ei kokenut juurikaan saaneensa siitä hyötyä kuntoutumiseen. Kaksi vastaajaa vastasi, ettei osaa sanoa, kun taas kaksi koki fysioterapian merkityksen melko suureksi tai hyvin suureksi.

Akupunktio oli kahdeksan (n=13) mielestä merkityksetön tai vähäisen merkityksen omaava hoitomuoto. Kaksi vastaajaa ei osannut arvioida sen osuutta kuntoutumiseen ja kolme muuta arvioivat sen merkityksen melko suureksi tai hyvin suureksi.

Kerhotoimintaan osallistui 12 henkilöä, joista kahdeksan koki sen kuntoutumisen kannalta merkityksettömänä. Kolme vastaajaa ei osannut sanoa, oliko kerhotoiminnasta hyötyä, kun taas yksi koki sen merkityksen melko suureksi.

Retkiin osallistui myös 12 henkilöä, joista 9 piti sitä merkityksettömänä kuntoutumisen kannalta, kaksi vastasi, ettei osaa sanoa ja yksi kertoi siitä olleen melko paljon hyötyä (Taulukko 3).

Taulukko 3. Muista hoitomenetelmistä saatu apu kuntoutumisen kannalta

	ei merkitystä	vähän merkitystä	en osaa sanoa	melko paljon merkitystä	paljon merkitystä
lääkehoito (n=19)			1	2	16
sähköhoito (n=11)	10		1		
fysioterapia (n=13)	8	1	2	1	1
akupunktio (n=13)	7	1	2	2	1
kerhotoiminta (n=12)	8		3	1	
retket (n=12)	9		2	1	

7.4 Hoitomuotojen auttava vaikutus

Seuraavassa osiossa kysyttiin vastaajilta, miten seuraavat hoitomuodot auttoivat. Vaihtoehtoina oli valmiita väittämiä, joista vastaajat valitsivat sopivat. Vastaajat saivat valita yhden tai useamman annetuista vaihtoehtoista. 19 vastaajasta 15 piti **lääkehoitoa** keskeisenä hoitomuotona, joka auttoi heitä kotiutumisessa. Lääkehoito rauhoitti kahdeksan potilaan mieltä, sekä myös auttoi yhdeksää vastaajaa unen saamisessa. Kolme vastasi lääkehoidon auttavan pohtimaan sekä tuovan apua perheelle.

Sähköhoidosta koki saaneensa hyötyä ainoastaan yksi vastaajista (N=19). Vastaaja arvioi sähköhoidon rauhoittaneen mieltä. Kaksi vastaajaa vastasi, että **fysioterapia** rauhoitti mieltä ja yksi vastasi fysioterapian auttavan unen saamisessa.

Akupuntio oli kolmen vastaajan mielestä mieltä rauhoittava, kun taas yksi vastaaja oli sitä mieltä, että se auttoi kotiutumaan. **Kerhotoiminta** sekä **retket** koettiin myös mieltä rauhoittavana kahden eri vastaajan toimesta (Taulukko 4).

Taulukko 4. Hoitomuotojen auttava vaikutus

	rauhotti mieltä	auttoi nukkumaan	auttoi pohtimaan	auttoi perhettä	auttoi kotiutumaan
lääkehoito (n=16)	8	9	3	3	15
sähköhoito (n=1)	1				
fysioterapia (n=3)	2	1			
akupunktio (n=4)	3				1
kerhotoiminta (n=1)	1				
retket (n=1)	1				

7.4.1 Keskustelut

11 vastaajista (N=19) koki **omahoitajakeskustelujen** auttavan heitä pohtimaan asioita. Seitsemän vastasi omahoitajakeskustelujen myös auttavan kotiutumisessa sekä rauhoittavan mieltä. Yksi vastaajista oli myös sitä mieltä, että omahoitajakeskustelut auttoivat unen saamisessa.

Sosiaalityöntekijäkeskustelut rauhoittivat kuuden kuntoutuksen mieltä, kolme vastasi sen auttaneen kotiutumaan, kun taas kaksi oli sitä mieltä, että se auttoi omaa perhettä. Toiset kaksi, oli taas sitä mieltä, että se auttoi pohtimaan.

Lääkärikeskustelut auttoivat yhdeksää vastaajaa kotiutumisessa. Kaksi vastasi lääkärikeskustelujen rauhoittavan mieltä sekä toiset kaksi, että lääkärikeskustelut auttoivat pohtimaan. Yksi vastaajista kertoi lääkärikeskustelujen auttavan unen saamisessa.

Psykiatrikeskustelut koettiin mieltä rauhoittavana kahden vastaajan toimesta. Yksi oli sitä mieltä, että psykiatriakeskustelut auttoivat kotiutumaan.

Perhetapaamiset auttoivat kahta vastaajaa kotiutumaan, rauhoitti yhden vastaajan mieltä sekä auttoi yhtä vastaajaa pohtimaan. Yksi vastasi oman perheen hyötyneen tapaamisista. **Ryhmätapaamisten** arvioitiin tuovan apua pohdinnoissa, vastasi kolme vastaajaa kaikista vastaajista (N=19) (Taulukko 5).

Taulukko 5. Keskustelujen auttava vaikutus

	rauhoitti mieltä	auttoi nukkumaan	auttoi pohtimaan	auttoi perhettä	auttoi kotiutumaan
omahoitajakeskustelut (n=16)	7	1	11		7
sosiaalityöntekijäkeskustelut (n=14)	6	1	2	2	3
lääkärikeskustelut (n=14)	2	1	2		9
psykiatrikeskustelut (n=3)	2				1
perhetapaamiset (n=5)	1		1	1	2
ryhmätapaamiset (n=4)	1		3		

7.4.2 Terapiat auttamismenetelminä

Kolme vastaajaa oli sitä mieltä, että **yksilöterapia** rauhoitti mieltä. Kaksi oli sitä mieltä, että se auttoi kotiutumaan, kun taas yksi vastasi sen auttaneen pohtimaan ja auttaneen omaa perhettä. **Ryhmäterapian** koettiin auttaneen omissa pohdinnoissa neljän vastaajan toimesta. Kolme taas vastasi ryhmäterapien rauhoittavan mieltä.

Perheterapia rauhoitti yhden mieltä, auttoi toista pohtimaan sekä auttoi kolmatta kotiutumaan.

Musiikkiterapia rauhoitti kolmen vastaajan mieltä ja yksi vastaajista vastasi, että musiikkiterapiasta oli apua unen saamisessa. **Kuvataideterapia** taas rauhoitti yhden vastaajan mieltä sekä auttoi toista vastaajaa kotiutumaan.

Viisi vastaajaa (n=11) arvioi **työterapian** rauhoittaneen mieltä. Kaksi koki työterapian auttavan unen saamisessa, omissa pohdinnoissa sekä kotiutumisessa. Neljä vastaajista oli sitä mieltä, että **toimintaterapia** rauhoitti mieltä, kun taas kaksi vastasi sen auttaneen pohdinnoissa. Loput kaksi vastasi sen auttaneen unen saannissa ja kotiutumisessa.

Vastaajista kolme arvioi **liikuntaterapian** rauhoittaneen mieltä ja kaksi arvioi sen auttaneen kotiutumaan (Taulukko 6).

Taulukko 6. Terapioiden auttava vaikutus

	rauhotti mieltä	auttoi nukkumaan	auttoi pohtimaan	auttoi perhettä	auttoi kotiutumaan
yksilöterapia (n=7)	3		1	1	2
ryhmäterapia (n=7)	3		4		
perheterapia (n=3)	1		1		1
musiikkiterapia (n=4)	3	1			
kuvataideterapia (n=2)	1				1
työterapia (n=11)	5	2	2		2
toimintaterapia (n=8)	4	1	2		1
liikuntaterapia (n=5)	3				2

7.5 Hoidossa pitäisi mielestäni kuntoutumisen kannalta huomioida seuraavaa

Viimeisessä avoimessa kohdassa vastaajilla oli mahdollisuus vastata vapaasti mitä olisi hoidossa kuntoutumisen kannalta tärkeää huomioida. Tällä kysymyksellä oli tarkoitus saada lisätietoa siitä, mitä potilaat mahdollisesti jäivät kaipaamaan omalta hoitajaksoltaan. Tähän avoimeen kysymykseen vastasi seitsemän vastaajaa.

”Jokaisella hoitajalla pitäisi olla sama hoitomuoto, ettei jokainen hoitaja ole eri mieltä.”

”Ei saa pakottaa mihinkään, jos potilas ei jaksa.”

”Oikeanlaiset lääkkeet ja kunnon terapiamuodot.”

”Terapiakäyntejä.”

”Saada tukea avo-hoidon muodossa esim. A- Klinikka tms.”

”Mielestäni kaikkien osastolla olijoiden tulisi saada jo ensimmäisenä päivänä samat säännöt.”

”Rauhoittavat keskeytykselläkin.”

Enemmistö avoimiin kysymyksiin vastanneista otti kantaa hoitomuotoihin. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että *”Jokaisella hoitajalla pitäisi olla sama hoitomuoto, ettei jokainen hoitaja ole eri mieltä.”* Hoitajien toimintatavat tulisi olla mahdollisimman yhtenevät. Hoitajien toimiessa eri tavalla samankaltaisissa tilanteissa potilas voi hämmentyä, joka heikentää hoidon uskottavuutta.

Yksi vastaajista oli kommentoinut, että *”Ei saa pakottaa mihinkään, jos potilas ei jaksa.”* Kyseessä on mahdollisesti voinut olla joku hoitomuodoista, johon vastaaja ei ole halunnut osallistua. Tahdosta riippumaton hoito psykiatriassa on ongelmallinen alue, koska vapauden rajoittamisella kajotaan ihmisten perustuslailliseen oikeuteen. Vapauden rajoitusta toteutetaan kuitenkin vain, kun potilas on vaarallinen muille tai itselleen. Rajoituksessa ajatellaan aina potilaan etua.

Kaksi vastaajaa kaipasi lääkehoitoon parannuksia. Yksi kaipasi ”oikeanlaisia” lääkkeitä ja toinen rauhoittavia ”keskeytykselläkin”. Lääkehoidossa on tärkeää seurata säännöllisesti potilaiden lääkityksen vastetta. Sopivan lääkkeen sekä annoskoon löytäminen on tärkeää, jotta hoito olisi mahdollisimman tehokasta. Hoitajan ja lääkärin tehtävä on seurata lääkkeen tuomaa vastetta potilaalle.

Yksi vastaajista oli närkästynyt siitä, että hänen huonetoverilla oli eri oikeuksia hoidon aikana. Osastolla tulisi olla samat säännöt kaikilla potilailla alusta alkaen. Potilaat voivat kokea eriarvoisuutta, jos heillä ei ole samoja oikeuksia hoidon aikana.

Tietenkin tarvitsee muistaa, että osastolla on sekä vapaaehtoisesti hoitoon tulleita, että akuutilta suljetulta osastolta jatkohoitoon tulevia henkilöitä.

Yksi oli toivonut, että olisi saanut jo sairaalahoidon aikana tukea avohoidon muodossa. Avohoidon muodossa tapahtuvaa jatkohoitoa pyritään järjestämään osastolta niin, että potilaan hoito ei katkeaisi. Avohoidossa käyminen jää kuitenkin pitkälti potilaan omalle vastuulle. Psykiatrisen sairaalajakson jälkeen on tärkeää, että potilaalla olisi eri tukiverkostoja.

Mielenterveyspalveluiden monimuotoisuuteen tulisi kiinnittää huomiota, jotta apua olisi lähellä, kun sitä tarvitaan. Esimerkiksi ympärivuorokautisia palveluyksiköjä sekä päivätoimintaa tulisi olla enemmän Suomessa.

Ihmisen psyyke pysyy kunnossa, kun hän omaa myönteisen itsekunnioituksen, ihmissuhteita sekä kokee elämän tarkoituksellisuuden. Psykiatrasta hoitotyötä ja terapiamuotoja kehittäessä tulisi ottaa huomioon potilaan kyvykkyydet ja vahvuudet. Esimerkiksi jo hoitoprosessia suunniteltaessa ja toteuttaessa olisi tärkeää, että potilaan vahvuudet ja kyvykkyydet olisivat keskeisenä. Hoitajan työ on yhdessä potilaan kanssa löytää potilaan kokemuksen pohjalta ne jäljellä olevat vahvat voimavarat, joita pystytään hyödyntämään. Tietoisen ongelman ja voimavarojen pohdinta mahdollistaa potilaan mahdollisuuksiin tarttumisen. (Aspinwall & Staudinger 2006, 21-33).

Tutkimusten mukaan esimerkiksi usko omaan kykyyn säädellä tunnekokemuksiaan vaikuttaa suoraan esimerkiksi masennuksen määrään. Psykiatrisen potilaan itseluottamus lisääntyy tutkimusten mukaan onnistumis- ja menestymiskokemuksilla. Onnistumiset auttavat samalla potilasta selviytymään mielenterveyteen liittyvissä vaikeuksista. (Aspinwall & Staudinger 2006, 21-33).

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen luotettavuutta pystytään arvioimaan reliaabeliuden ja validiuden käsitteillä. Tutkimus on reliaabeli, kun mittaustulokset ovat toistettavissa vaikka tutkimusta tekisi eri tutkija. Validiteettia eli pätevyyttä arvioitaessa merkittävää on huomioida mittaako mittari todella sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Ennen kyselyn aloittamista on mahdollista tehdä esitestaus, jonka tarkoitus on arvioida mittarin validiteettia. Esitestauksen jälkeen kysymyksiä voidaan tarvittaessa muotoilla uudelleen ennen kuin aloitetaan varsinainen tutkimus. Jotta mittarin luotettavuus lisääntyy, kyselylomake tulee esitestata mahdollisimman samanlaisilla vastaajilla kuin varsinainen tutkimus suoritetaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 199.)

Kyselylomakkeeseen valitsin strukturoitujen kysymysten lisäksi yhden avoimen kysymyksen. Avoimen vaihtoehdon avulla tutkijan on mahdollista saada esiin näkökulmia, joita ei välttämättä ole ajatellut etukäteen. (Hirsjärvi ym. 2007, 194). Avoin kysymys antoi vastaajille mahdollisuuden kertoa omin sanoin, mitä kuntoutumisen kannalta keskeistä he jäivät kaipaamaan. Strukturoiduilla kysymyksillä pystyin koostamaan kohdistettua tietoa, jolla sain lisättyä tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi informoitiin osastoa hyvissä ajoin tulevasesta tutkimuksesta ja siihen liittyvistä asioista. Lomakkeet toimitettiin osastolle, jossa osastonhoitajan kanssa keskusteltiin muun muassa kyselylomakkeiden jaosta sekä kyselyaikataulusta. Vastaajat palauttivat lomakkeet kotiutuspäivinänsä suljetuissa kirjekuorissa osaston kansliaan anonyymiteetin säilyttämiseksi.

Aineiston keräämisajaksi varattiin aikaa reilusti, koska osastolta oli informoitu etukäteen siitä, kuinka monta potilasta osastolta keskimäärin kotiutuu viikossa, josta pystyi laskemaan kuinka paljon aikaa kysely tulee viemään suurin piirtein. Tarkoituksena oli saada mahdollisimman suuri otos, jotta tutkimus olisi mahdollisimman luotettava.

Tutkimuksen luotettavuutta saattoi vähentää se, että esitestausta ei tehty kyselylle. Kyselylomakkeen jotkut kohdat olisivat mahdollisesti voitu muokata esitestauksen tuottaman palautteen pohjalta. Tosin voi olla myös, että kyselylomakkeista ei olisi

välttämättä tullut korjausehdotuksia vaan ne olisivat tulleet samanlaisina takaisin. Tutkimuksen luotettavuutta saattoi vähentää vastaajien mahdolliset väärinymmärrykset kysymyslomakkeiden kysymyksissä. Myöskään vastaajien välinpitämättömyydestä tutkimusta kohtaan ei ole varmuutta eli vastasivatko vastaajat kyselyyn rehellisesti ja huolellisesti.

Tutkimuksen eettisyyteen liittyvät näkökulmat otettiin huomioon säilyttämällä vastaajien anonymiteetit. Tämä toteutui sillä tavalla, että vastaajat palauttivat kyselylomakkeet nimettöminä, suljetuissa kirjekuorissa. Tutkija oli ainoa, joka käsitteli vastausaineistoa. Tämä takasi sen, että ulkopuoliset henkilöt eivät päässeet lukemaan vastaajien vastauksia.

Lomakkeiden mukana vastaajat saivat saatekirjeen, jossa heille kerrottiin, että vastaaminen tapahtuu nimettömänä, on vapaaehtoista ja ehdottoman luottamuksellista. Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimussuunnitelma ja kyselylomake lähetettiin Satakunnan sairaanhoitopiiriin Eettisen toimikunnan arvioitavaksi, josta tuli puolto tutkimukselle. Tämän jälkeen anottiin vielä tutkimuslupa Harjavallan sairaalalta.

9 TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyöhön vastasi 19 kotiutujaa. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 20, joten vastausprosentiksi muodostui näin ollen 95 %. Kysely tapahtui välillä 30.11.2009-15.2.2010. Vastausprosentin ollessa näin suuri tutkimuksen luotettavuus paranee, kun otetaan huomioon se, että siihen osallistui kaikki potilaat, jotka kotiutuivat kyseilyn aikana. Tietenkään ei voida olla varma siitä, että ovatko kaikki vastanneet rehellisesti ja huolellisesti kyselylomakkeiden kohtiin.

Vastaajista suurin osa oli 20- 29 vuotiaita. Miehiä oli yksi enemmän kuin naisia. Enemmistö oli käynyt joko peruskoulun tai ammattikoulun. Yli puolella vastaajista hoitojakso kesti yli 22 päivää. Noin 80 % vastaajista kertoi, että oli ollut aikaisemminkin psykiatrisella hoitojaksolla.

Tuloksia tarkastellessa enemmistö potilaista koki lääkehoidon ja omahoitajakeskustelut oleellisiksi. Sosiaalityöntekijäkeskustelut koettiin myös usean vastaajan toimesta tärkeänä. Terapioista yksilö-, ryhmä-, liikunta- sekä työterapia koettiin kuntouttavimmiksi terapiamuodoiksi. Sähköhoidosta, retkistä ja kerhotoiminnasta ei juurikaan koettu olevan hyötyä kuntoutumisen kannalta.

Avoimiin kysymyksiin vastanneet olivat sitä mieltä, että hoitajien hoitometodit pitäisi olla yhtenevät. Yksi vastaaja toivoi, että osaston säännöt olisivat kaikille samat alusta alkaen, joka lisäisi hoidon mielekkyyttä. Terapiamuotoihin toivottiin myös parannuksia sekä lääkehoitoon perehtymistä niin, että olisi mahdollisimman sopivat lääkkeet käytössä. Yksi vastaajista muistutti, ettei saa pakottaa mihinkään, jos ei jaksaa, kun taas toinen vastaaja olisi halunnut saada tukea avo-hoidon muodossa esimerkiksi A- Klinikalta.

Osaston eri hoitomuotojen tehokkuutta vertaillen voidaan todeta, että toiset olivat hyvinkin keskeisiä ja käytettyjä, kun taas toiset auttoivat vain muutamia vastaajia jollain tavalla. Turhia hoitumuotoja osastolla tuskin käytetään, mutta tulevaisuudessa varmasti niiden kehittäminen tulee ajankohtaiseksi, jotta niistä saataisiin mahdollisimman kuntouttavia ja taloudellisesti järkeviä ylläpitää.

10 POHDINTA

Mielenterveyspotilaan kuntoutuminen vie aikaa. Osa mielenterveyden häiriöistä on sen verran vakavia, että niistä ei toivu koskaan työkykyiseksi. Kuntoutumisprosessissa on kuntoutujan ja hoitajan välinen vuorovaikutuksellinen suhde, jolla saadaan koennettua kuntoutujan kokonaisvaltaista toimintakykyä. Hoitajan tehtävä on saada aikaan myönteinen, hyväksyvä ja turvallinen ilmapiiri kuntoutusjakson ajaksi, joka saavutetaan olemalla tukeva, kannustava, ohjaava ja tasavertainen.

Tähän tutkimukseen osallistuneet arvostivat osaston hoitajien tapaa toimia omahoitajina. Lääkehoidon ohella enemmistö vastaajista piti omahoitajien roolia kuntoutuk-

sessaan merkityksellisenä. Liikuntaterapia ja työterapia olivat myös pidettyjä. Työterapian ja liikuntaterapian avulla potilaat kokivat onnistumisia, asettivat itselleen tavoitteita sekä kokivat ryhmätoiminnan iloa.

Mielenterveyspotilaiden hoitokokemuksista on tärkeää saada palautetta, jotta hoitoa voitaisiin jatkossa kehittää oikeaan suuntaan. Potilaiden näkökulmasta saatu tieto on usein luotettavaa ja perustuu hoidosta saatuihin kokemuksiin. Hoitotyötä kehitettäessä olisi hyvä tietää, mitä potilaat kaipaavat hoidolta. Tämän kyselytutkimuksen jatkoksi voisi suunnitella haastattelun. Haastattelussa voitaisiin tiedustella potilaiden kotiutumisen sujumisesta. Toinen osa-alue voisi koskea esimerkiksi avohoitoa ja siihen osallistumista.

Avohoidon palveluille on kysyntää enemmän kuin mitä on tarjolla. Mielenterveyspalveluiden monimuotoisuus on useissa kunnissa yhä epätyydyttävä ja laitoshoitopainotteinen. Ympäri vuorokautiset palveluyksiköt sairaalan ulkopuolella, järjestetty päivätoiminta sekä liikkuvat ja päivystävät avopalvelut ovat vain osa kehittämisideoista. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006). Avohoidon akuutti psykiatrisessa hoitotyössä on keskeisintä kriisi-, perhe-, ja verkostotyön osaaminen. Perhekeskeisyyden lisääminen osaksi hoito-ohjelmia lisää hoidon tuloksellisuutta. (Aaltonen 2007, 64-85).

Hoitamattomana mielenterveyshäiriöt lisäävät päihderiippuvuuden kehittymisen riskiä. Arvioiden mukaan 50 prosenttia päihdeongelmista olisi ennaltaehkäistävissä tehokkaiden, toimivien ja potilaat tavoittavien mielenterveyspalveluiden avulla. (Kessler 2004;56, 730-737). Ennaltaehkäisevään päihdetyöhön olisi tärkeää panostaa. Mielenterveyshäiriöiden varhainen toteaminen, hoitomahdollisuuksien parantaminen ja oikea-aikainen avunsaanti ovat kohtia, joihin tulisi keskittää resursseja. Alkoholin käytön vähentymisellä tulisi vähentämään mielenterveyden häiriöitä Suomessa.

LÄHTEET

Achté, K. Alanen, Y. Tienari, P. 1990. Psykiatria 2. Juva. WSOY

Achté, K. Tamminen, T. 1997. Psykoosi ja sen hoito. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Tikkanen, T. 1998. Psykoterapiaopas. Juva. WSOY

Rissanen P. Teoksessa Kallanranta, T. Rissanen, P & Vilkkumaa, I. 2001. Kuntoutus. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kessler, R. 2004. The Epidemiology of dual diagnosis. Biol Psychiatry.

Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. Biol Psychiatry 2004;56:730-7.

Pirkola, S. Sohlman, B. 2005. Mielenterveysatlas. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy.

Inkinen, M. Partanen, A. & Sutinen, T. 2006. Päihdehoitotyö. Helsinki. Tammi.

Aspinwall LG. & Staudinger UM. 2006. Vahvuuksien psykologia. Helsinki. Edita.

Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Suomen Kuntaliitto ja Stakes. Acta Nro 187

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Tammi.

Aaltonen J. Teoksessa Eskola, J & Karila, A. 2007. Vaikeat mielenterveydenhäiriöt yhteiskunnan kuvastajina. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki. Edita Prima Oy

Lönngvist, J. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, M. Partonen, T. 2008. Psykiatria. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Mielenterveys

Satakunnan sairaanhoitopiiri. Psykiatrian kotisivut. [Viitattu 13.5.2009]. Saatavissa: http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=118,117236,118_117249&_dad=wportal&_schema=WPORTAL

Mielenterveyslaki luku 2, 8§. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#a23.10.1992-954>

Hölttä, J. Sairaanhoitajalehti 2007;6-7(48).

Seppälä, J. Metso, J. & Kohvakka, T. Lääkärilehti 2000;55(48):4975-4977

LIITTEET

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

SAATE

12.10.09

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

HYVÄ KOTIUTUJA!

Olen hoitotyön opiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulusta sosiaali- ja terveysalan Porin yksiköstä. Teen opintoihini kuuluvaa opinnäytetyötä aiheesta ”Eri hoitomuotojen vaikuttavuus psykiatrisessa sairaanhoidossa”. Opinnäytetyöni tavoitteena on selvittää psykiatrisen sairaalahoidon sisältöä ja kertoittaa mitkä tekijät potilaiden mielestä vaikuttivat keskeisesti heidän toipumiseensa psykiatrisessa sairaalassa.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Toivottavasti haluatte kuitenkin olla mukana tuottamassa arvokasta tietoa, josta on hyötyä tulevaisuudessa hoitotyötä kehittäessä. Lomakkeiden sisältämät tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, eikä vastaajien henkilöllisyys tule missään vaiheessa kenenkään tietoon. Tulokset raportoidaan niin, ettei kenenkään yksittäisen henkilön vastauksia pystytä tunnistamaan.

Vastaajiksi ovat valittu Harjavallan sairaalan akuuttipsykiatrian avo-osaston kotiutuvat potilaat. Tiedonkeruu alkaa lokakuussa 2009 ja loppuu vuoden 2010 alussa.

Kiitos yhteistyöstä!

Terveisin sairaanhoitajaopiskelija Turo Vasarainen

1. KYSELYLOMAKE (ympyröikää oikea vaihtoehto)

1.1 Sukupuoli

- a) Mies
- b) Nainen

1.2 Ikä

- a) Alle 20 vuotta
- b) 20-29
- c) 30-39
- d) 40-49
- e) 50-59
- f) 60-69
- d) 70-

1.3 Korkein koulutustasonne

- a) Kansankoulu
- b) Keskikoulu
- c) Peruskoulu
- d) Lukio
- e) Ammattikoulu
- f) Opistotason ammattikoulutus
- g) Korkeakoulututkinto

1.4 Hoitojaksonne kesto

- a) 1-7 päivää
- b) 8-14 päivää
- c) 15-21 päivää
- d) 22-30 päivää
- e) Yli kuukausi

1.5 Aikaisemmat psykiatriset hoitojaksot

- a) En ole ollut aikaisemmin psykiatrisella hoitojaksolla
- b) Olen ollut aikaisemmin psykiatrisella hoitojaksolla

2. PSYKIATRINEN SAIRAALAHOITO

2.1 Osallistuun seuraaviin hoitomuotoihin Harjavallan Sairaalan osastolla 42 (ympyröikää sopiva vaihtoehto)

	ei kertaakaan	1-2 kertaa	3-4 kertaa	5-6 kertaa	yli 6 kertaa
--	---------------	---------------	---------------	---------------	-----------------

TERAPIAT

a) yksilöterapia	0	1	2	3	4
b) ryhmäterapia	0	1	2	3	4
c) perheterapia	0	1	2	3	4
d) musiikkiterapia	0	1	2	3	4
e) kuvataideterapia	0	1	2	3	4
f) työterapia	0	1	2	3	4
g) toimintaterapia	0	1	2	3	4
h) liikuntaterapia	0	1	2	3	4

	ei kertaakaan	1-2 kertaa	3-4 kertaa	5-6 kertaa	yli 6 kertaa
--	---------------	---------------	---------------	---------------	-----------------

KESKUSTELUT

i) omahoitajakeskustelut	0	1	2	3	4
j) sosiaalityöntekijäkeskustelut	0	1	2	3	4
k) lääkärikeskustelut	0	1	2	3	4
l) psykiatrikeskustelut	0	1	2	3	4
m) perhetapaamiset	0	1	2	3	4
n) ryhmätapaamiset	0	1	2	3	4

	ei kertaakaan	1-2 kertaa	3-4 kertaa	5-6 kertaa	yli 6 kertaa
--	---------------	---------------	---------------	---------------	-----------------

MUUT HOIDOT

o) lääkehoito	0	1	2	3	4
p) sähköhoito	0	1	2	3	4
q) fysioterapia	0	1	2	3	4
r) akupunktio	0	1	2	3	4

s) kerhotoiminta	0	1	2	3	4
t) retket	0	1	2	3	4

2.2 Arvioi seuraavista hoitomuodoista saamasi apu kuntoutumisesi kannalta (ympyröikää sopiva vaihtoehto)

ei merkitystä vähän en osaa melko paljon paljon
merkitystä sanoa merkitystä merkitystä

TERAPIAT

a) yksilöterapia	0	1	2	3	4
b) ryhmäterapia	0	1	2	3	4
c) perheterapia	0	1	2	3	4
d) musiikkiterapia	0	1	2	3	4
e) kuvataideterapia	0	1	2	3	4
f) työterapia	0	1	2	3	4
g) toimintaterapia	0	1	2	3	4
h) liikuntaterapia	0	1	2	3	4

ei merkitystä vähän en osaa melko paljon paljon
merkitystä sanoa merkitystä merkitystä

KESKUSTELUT

h) omahoitajakeskustelut	0	1	2	3	4
i) sosiaalityöntekijäkeskustelut	0	1	2	3	4
j) lääkärinkeskustelut	0	1	2	3	4
k) psykiatrikeskustelut	0	1	2	3	4
l) perhetapaamiset	0	1	2	3	4
m) ryhmätapaamiset	0	1	2	3	4

	ei merkitystä	vähän merkitystä	en osaa sanoa	melko paljon merkitystä	paljon merkitystä
MUUT HOITOMUODOT					

n) lääkehoito	0	1	2	3	4
o) sähköhoito	0	1	2	3	4
p) fysioterapia	0	1	2	3	4
q) akupunktio	0	1	2	3	4
r) kerhotoiminta	0	1	2	3	4
s) retket	0	1	2	3	4

2.3 Arvioi miten seuraavat hoitomuodot auttoivat (ympyröikää sopiva vaihtoehto/sopivat vaihtoehtot)

	rauhotti mieltä	auttoi nukkumaan	auttoi pohtimaan	auttoi perhettä	auttoi kotiutumaan
a) lääkehoito	1	2	3	4	5
b) sähköhoito	1	2	3	4	5
c) fysioterapia	1	2	3	4	5
d) akupunktio	1	2	3	4	5
e) kerhotoiminta	1	2	3	4	5
f) retket	1	2	3	4	5

	rauhotti mieltä	auttoi nukkumaan	auttoi pohtimaan	auttoi perhettä	auttoi kotiutumaan
g) omahoitajakeskustelut	1	2	3	4	5
h) sosiaalityöntekijäkeskustelut	1	2	3	4	5
i) lääkärikeskustelut	1	2	3	4	5
j) psykiatrikeskustelut	1	2	3	4	5
k) perhetapaamiset	1	2	3	4	5
l) ryhmätapaamiset	1	2	3	4	5

	rauhoitti mieltä	auttoi nukkumaan	auttoi pohtimaan	auttoi perhettä	auttoi kotiutumaan
m) yksilöterapia	1	2	3	4	5
n) ryhmäterapia	1	2	3	4	5
o) perheterapia	1	2	3	4	5
p) musiikkiterapia	1	2	3	4	5
q) kuvataideterapia	1	2	3	4	5
r) työterapia	1	2	3	4	5
s) toimintaterapia	1	2	3	4	5
t) liikuntaterapia	1	2	3	4	5

Hoidossa pitäisi mielestäni kuntoutumisen kannalta jatkossa huomioida seuraavaa:



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
Tiedepuisto 3
28600 PORI

OP07
SOPIMUS
OPINNÄYTETYÖN
TEKEMISESTÄ

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Turo Vasarainen		
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma		
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Marja Flinck, [REDACTED]		
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Satakunnan sairaanhoitopiiri, psykiatrin tulosalue [REDACTED]		
Opinnäytetyön nimi: Eri hoitomuotojen vaikuttavuus psykiatrisessa sairaanhoidossa		
Työn etenemisaikataulu: Syksy 2009-Kevät 2010 Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.		
Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.		
Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.		
Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.		
Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.		
Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadustasosta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästymisestä, ellei erikseen toisin sovi. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.		
Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyä tietoa, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.		
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Porin käräjäoikeudessa.		
Tätä sopimusta on laadittu 3 kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.		
Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteyksistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävistä esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaarana.		
Päiväys: 11.11.2009		
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvennys: [REDACTED]	Koulutusjohtajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvennys: [REDACTED]	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: [REDACTED]		

Sisältövastaava: Anne Sankari

Tarkistettu viimeksi: 1.10.2008



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS

HAKIJA/HAKIJAT	Nimi/nimet Turo Vasarainen	Opiskelu- tai työpaikka Satakunnan ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveysala
		Virka/toimi (ei koske opiskelijoita)
		Opinnäytetyö/tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> opinnäytetyö/ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu
OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. nimi, kohderyhmä, menetelmät, aineisto)	Eri hoitomuotojen vaikuttavuus psykiatrisessa sairaanhoidossa. Harjavallan sairaalan osasto 42:den kotiutuvat potilaat. Kvantitatiivinen tutkimus strukturoidulla kyselylomakkeella.	
LIITTEET opinnäytetyösuunnitelma (ks. erillinen ohje)		
OPPILAITOKSEN OHJAAJA(T)	16/11 2009 [redacted] allekirjoitus/nimen selvennys / / allekirjoitus/nimen selvennys	
SITOUMUS	Sitoudun noudattamaan sairaanhoidopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta 16/11 2009 [redacted] allekirjoitus/nimen selvennys	
LUVAN MYÖNTÄMINEN	Sairaanhoitopiirin/toimialueen/yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää): Eettisen toimikunnan lausunto saatu <input checked="" type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita <input type="checkbox"/> Lupa opinnäytetyön toteuttamiselle Myönnän <input checked="" type="checkbox"/> En myönnä <input type="checkbox"/> Ylihoitaja(t) 24/11 2009 [redacted] allekirjoitus/nimen selvennys / / allekirjoitus/nimen selvennys Ylilääkäri(t) / / allekirjoitus/nimen selvennys	



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS

	<hr/> <hr/> allekirjoitus/nimen selvennys
SAIRAANHOITOPIIRIN YHDYSHENKILÖN NIMEÄMINEN	<div></div> ylihoitaja nimeää) <hr/> Yhteystiedot (puh/email) <hr/>

Turo Vasarainen

ANOMUS

12.10.09

EETTINEN TOIMIKUNTA

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden Porin yksikössä sairaanhoitajaksi. Opiskeluun kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyön aiheena on eri hoitomuotojen vaikuttavuus psykiatrisessa sairaanhoidossa. Anon kohteina minun tutkimuslupaa opinnäytetyötäni varten, joka toteutetaan strukturoidun kyselylomakkeen muodossa. Opinnäytetyön kohderyhmänä on Harjavallan sairaalan osaston 42:den kotiutuvat potilaat. Opinnäytetyöhön osallistuminen on täysin vapaaehtoista, aineisto käsitellään luottamuksellisesti eikä vastaajien henkilöllisyyttä kysytä. Tämän opinnäytetyön on tarkoitus valmistua keväällä 2010. Ohjaajana toimii KT, Lehtori Marja Flinck.

Kunnioittaen:

Turo Vasarainen

Liitteet: 1. Tutkimussuunnitelma
2. Kyselylomake

Tutkimuslupa hyväksytty / hylätty

20.10.2009

Kokousaika	28.10.2009	klo14.00 – 15.15
Kokouspaikka	Satakunnan keskus-sairaala Keskustoimiston neuvotteluhuone	
Saapuvilla olevat jäsenet	Eero Aarnisalo Esa Ahlqvist Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu Marita Koivunen Seppo Lehtojoki Joni Palmgren Sari Sjövall Kaarina Hakula	ylilääkäri, puheenjohtaja lakimies, maallikkojäsen ylilääkäri, jäsen ylihoitaja, jäsen apulaisylilääkäri, jäsen apteekkari, jäsen ylilääkäri, jäsen kirjastonhoitaja, maallikkojäsen, sihteeri
Poissa	Silja Iltanen Raija Kiviniitty Elina Vähä-Eskeli	potilasasiamies, jäsen sairaaleologi, jäsen ylilääkäri, jäsen
Asiat	§ 1 - 14	
Pöytäkirjan allekirjoitus		
	Eero Aarnisalo puheenjohtaja	Kaarina Hakula pöytäkirjanpitäjä

SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
Eettinen toimikunta 28.10.2009

5 § SAIRAANHOITAJAOPISKELIJA TURO VASARAISEN LAUSUNTOPYYNTÖ /
ERI HOITOMUOTOJEN VAIKUTTAVUUS PSYKIATRISSESSA
SAIRAANHOIDOSSA

Turo Vasarainen on lähettänyt eettiselle toimikunnalle lausuntopyynnön koskien opinnäytetyötään, jonka tavoitteena on selvittää psykiatrisen sairaanhoidon keskeisiä sisältöjä, kartoittaa potilaiden näkemyksiä eri hoitosisältöjen vaikuttavuudesta kuntoutukseen liittyen ja kehittää psykiatrasta sairaanhoitoa potilaspalautteen pohjalta.

Tutkimuspotilaat ovat Harjavallan sairaalan akuuttipsykiatrian avosasto 42:lta kotiutuvia potilaita. Kyselylomakkeita lähetetään 50 kappaletta. Turo Vasarainen on liittänyt lausuntopyyntöön tutkimussuunnitelman, kysymyslomakkeen ja Satakunnan sairaanhoitopiiriin eettisen toimikunnan kyselylomakkeen.

LIITE NRO 4

Päätös: Eettinen toimikunta antoi puoltavan lausunnon tutkimuksesta.

PÖYTÄKIRJAN OIKEIKSI TOIMITAAN

KAARINA HAKULA